

Departamento de Salud Pública de Massachusetts
Intervención Temprana
Formulario de solicitud de exención de la cuota familiar

Fecha: ____ / ____ / ____ Programa de Intervención Temprana: _____

SECCIÓN A: INFORMACIÓN IDENTIFICATORIA

Nombre del niño como aparece en el Certificado de Nacimiento: _____

Fecha de nacimiento del niño: ____ / ____ / ____

Nombre(s) de padre/madre o tutor(a): _____ Teléfono: (____) _____

Dirección de padre/madre o tutor(a): _____

SECCIÓN B: HOJA DE GASTOS EXTRAORDINARIOS

Junto a este formulario usted *debe proporcionar* la documentación sobre los gastos médicos de bolsillo incurridos para el niño u otros miembros de la familia o sobre las pérdidas debidas a desastres (como incendios, inundaciones, tornados, etc.) **durante los últimos doce meses**. La totalidad de los gastos debe ser igual o mayor que el 15% de los ingresos brutos de la familia para calificar para una exención. Por favor, complete un Formulario de solicitud de exención de la cuota familiar por cada niño si hay más de un niño inscrito en el programa de Intervención Temprana.

Categoría de gastos	Cantidad de gastos
Hospital, médico, ambulancia (copagos, deducibles, los gastos que el seguro médico no cubre)	
Medicamentos recetados y de venta libre	
Materiales, suministros y modificaciones relacionados con la discapacidad	
Equipos especializados	
Suplementos alimenticios	
Cuidado dental	
Tratamiento de salud mental (que no cubre el seguro médico)	
Terapias (aparte de la Intervención Temprana)	
Atención médica domiciliaria proporcionada por una Agencia de salud a domicilio autorizada	
Transporte/estacionamiento vinculados a la discapacidad	
Viajes y alojamientos vinculados al tratamiento	
Modificaciones de la casa relacionadas con la discapacidad	
Gastos extraordinarios debido a los desastres (como inundaciones, incendios, etc.)	
TOTALIDAD DE LOS GASTOS ANUALES	\$

SECCIÓN C: DOCUMENTACIÓN DE LOS INGRESOS

Usted *debe proporcionar* copias de uno de los siguientes documentos de la lista que sigue para justificar sus ingresos familiares anuales:

- Declaración de impuestos más reciente
- Formularios W2 y /o 1099 más recientes
- Últimos dos (2) recibos de sueldo, o notificaciones de pago, consecutivos
- Si no tiene ninguno de los anteriores, se permitirá presentar una declaración escrita de su empleador que documente el sueldo o salario, y la cantidad y la frecuencia con que se paga (como semanal, mensual). La declaración debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono de la empresa o empleador, y la firma del supervisor o miembro del personal de Recursos Humanos.

Por la presente declaro, conforme a las penas y sanciones por perjurio, que la información proporcionada es correcta y completa, según mi leal saber y entender.

Firma de padre/madre o tutor(a): _____ **Fecha:** _____

Por favor envíe el formulario completo y firmado con copias de toda la documentación requerida a: Alanna Sheils: 250 Washington Street, 5th floor, Boston, MA 02108. De lo contrario, envíelos por fax al (617) 624-5927. El Departamento de Salud Pública le notificará por escrito al programa de Intervención Temprana cuando se haya llegado a una determinación, por lo general dentro de los 10 días calendario de recibida la solicitud.